



Ministero dell'Istruzione e del Merito

**Istituto Comprensivo Statale Como Albate**

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: [www.icscomoalbate.edu.it](http://www.icscomoalbate.edu.it) e-mail: [coic81200t@istruzione.it](mailto:coic81200t@istruzione.it)

pec: [coic81200t@pec.istruzione.it](mailto:coic81200t@pec.istruzione.it)



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA

Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale

**Al Dirigente Scolastico I.C.COMO ALBATE**

Oggetto: **RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO – A.T.A.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso la Scuola d'Infanzia/Elementare/Sec.1^grado \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Ass.te Amm.vo / Collab.Scol.co

**CHIEDE**

di poter usufruire per il periodo

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi N. \_\_\_\_ giorni di:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi N. \_\_\_\_ giorni di:

malattia

permesso retribuito per:

- motivi personali / familiari (arti.15 C.C.N.L.) \_\_\_\_\_
- partecipazione a concorso / esame \_\_\_\_\_
- matrimonio \_\_\_\_\_
- lutto familiare \_\_\_\_\_

astensione obbligatoria per maternità e puerperio (Legge 53/2000)

congedo per malattia del figlio (L. 53/2000)

congedo Parentale Gen.le nei primi 12 anni di vita del bambino (D.lgs. 151/2001)

altro \_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza dichiara di essere reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale continuazione dell'assenza e si impegna ad allegare la documentazione giustificativa (certificati medici, attestati, ecc. ...)

Visto, si autorizza

Il D.S.G.A.  
(Dott.ssa Maria Raimondi)

Il Dirigente Scolastico  
(Prof.ssa RUGGIERO ANNA MARIA)

